

**Kritik am Arztbrief
von seiten des Allgemeinarztes**

Josef M. Schmidt

—

1980
—

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

Kritik am Arztbrief von seiten des Allgemeinarztes

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Josef Maximilian Schmidt

München 1978



Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. Pillau

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 5.8.1980

MEINEN ELTERN GEWIDMET

INHALTSVERZEICHNISSeite

I. Einleitung	7
II. LiteraturÜberblick	9
III. Beschreibung des benutzten Materials	11
IV. Eigene Untersuchungen und Ergebnisse	13
V. Diskussion der Ergebnisse	22
VI. Zusammenfassung	36
VII. Anhang	37
VIII. Literaturverzeichnis	55

I. Einleitung

In einer Zeit, in der sich die Medizin in immer engere Spezialgebiete aufteilt, gewinnen alle Mittel an Bedeutung, die dazu beitragen, ein Konsilium zwischen Ärzten verschiedener Spezialrichtungen zuwege zu bringen. Dazu gehört u.a. auch der Ärztliche Bericht über den Kranken an den Kollegen, also der Arztbrief. Wir verstehen heute unter einem Arztbrief meist nur einen sachlichen, schriftlichen Überweisungs-, Befund- oder Entlassungsbericht eines Arztes, während er früher noch mehr dem privaten als dem medizinischen Meinungsaustausch vorbehalten war.

Paralell zu diesem Bedeutungswandel und der zunehmenden Spezialisierung der Ärzte wurden in den letzten Jahren immer mehr Klagen aus der Ärzteschaft über die Art der schriftlichen Verständigung laut. Während die Klinikärzte und Fachärzte vor allem die mangelhafte Information durch den Überweisenden Allgemeinarzt bemängeln, beklagen diese z.B. das verspätete Eintreffen der Entlassungsberichte und das unkollegiale Verhalten ihrer spezialisierten Kollegen.

In der vorliegenden Arbeit haben wir uns bemüht, die Beziehung des Allgemeinarztes zu seinen Kollegen in der Klinik, so wie sie sich in deren Briefverkehr widerspiegelt, zu untersuchen. Besonderes Augenmerk legten wir dabei auf das angeblich unkollegiale, überhebliche bis verletzende Verhalten der Kliniker den Allgemeinärzten gegenüber.

Dabei achteten wir im Besonderen auf Verstöße gegen die "Berufsordnung für die deutschen Ärzte", wie sie vom 79. Deutschen Ärztetag als dem Organ der Bundes-Ärzttekammer und der Willensbildung der deutschen Ärzte

im Mai 1976 in Düsseldorf beschlossen und verabschiedet wurde.

Darin wird in den §§ 3 und 15 an die "Zusammenarbeit der Ärzte" bzw. an das "kollegiale Verhalten" der Ärzte appelliert und im § 16 die "Behandlung von Patienten anderer Ärzte" geregelt.

Die für unsere Fragestellung wichtigsten Ziffern waren folgende:

§ 3/1: "Der Arzt ist zu kollegialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten behandeln." § 15/1: "... Ebenso ist es berufswürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als

Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen." § 15/4:

"Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden..." § 16/2:

"Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen."

§ 16/3: "Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet." § 16/5: "Der Arzt soll Patienten,

die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist."

II. Literaturüberblick

NEUMANN-MANGOLDT (13) berichtete 1970 über Untersuchungen von HADFIELD, der sich intensiv mit der Tätigkeit des praktischen Arztes in England beschäftigte. HADFIELD befragte eine Reihe von Praktikern über die Art und Zusammenarbeit mit den Klinikern und stellte dabei fest, daß durch das verspätete Eintreffen der Entlassungsbriefe und bemängelnde und taktlose Bemerkungen "sich jeder fünfte Praktiker verletzt fühlte". Aus Frankreich lagen ähnliche Berichte vor (P. FREUR, M. SERISE, P. COUDRAU und E. BODEAU). NEUMANN-MANGOLDT bemerkt dazu: "Aus Deutschland liegen solche systematischen Befragungen nicht vor, aber es ist gewiß nicht zu weit gegriffen, wenn wir die Situation ähnlich einschätzen".

1976 befragte KRUSCHE (10) im Rahmen einer Arbeit über die Probleme zwischenärztlicher Kommunikation 800 Münchner Allgemeinärzte und Internisten über dieses Thema, von denen 261 (32,6 %) antworteten. Auf die Frage, ob "gelegentlich aus den Arztbriefen eine gewisse Überheblichkeit der Klinikern gegenüber den niedergelassenen Ärzten spreche", antworteten 69 (26 %) mit "zustimmend", 42 (16 %) mit "unentschieden" und 146 (56 %) mit "nicht zustimmend". KRUSCHE kommt zu folgendem Ergebnis: "Ein Viertel der niedergelassenen Ärzte fühlt sich also durch die Berichte der Klinikern herablassend, jedenfalls nicht kollegial behandelt". Außerdem fand sie: "15 % der niedergelassenen Ärzte geben negative

Erfahrungen hinsichtlich der Kooperationswilligkeit des Kollegen in der Klinik an".

Im September 1978 veröffentlichte das Informationsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung München "KV-intern" einige Briefwechsel zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern. U.a. sprach hier ein Allgemeinarzt von einer "fast beleidigenden Gleichgültigkeit dem einweisenden Kollegen gegenüber", da ein von ihm lediglich zur Diagnose in eine Klinik eingewiesener Patient von dieser zur weiteren konservativen Behandlung gleich an einen Facharzt überwiesen wurde. "KV-intern" bestätigte, daß es sich hier leider um keinen Einzelfall handle, daß sich die Kliniken vielmehr immer häufiger "selbstherrlich über das Gebot kollegialer Zusammenarbeit mit dem einweisenden oder Überweisenden Arzt hinwegsetzen und Verfügungen treffen, zu denen sie nicht berechtigt sind".

Unser Ziel war es, der Frage nachzugehen: Ist der Arztbrief, wie ihn der Allgemeinarzt täglich bekommt, tatsächlich so schlecht, wie es nach diesen Berichten zu sein scheint? Enthält der Arztbrief wirklich so viel Überhebliches, Verletzendes, so viele Zeugnisse unkollegialen Verhaltens, oder ist der niedergelassene Arzt in dieser Hinsicht etwa überempfindlich, ist er leicht nachtragend und neigt dazu, hinter jedem Fall von unglücklicher Wortwahl eine böse Absicht zu vermuten, aus welchen Gründen auch immer?

III. Beschreibung des benutzten Materials

In der Allgemeinpraxis eines Münchner Arztes sahen wir alle abgelegten Arztbriefe durch, die im Zeitraum von fünf Jahren (von Oktober 1972 bis Oktober 1977) bei ihm eingegangen waren. Davon beachteten wir jedoch nur diejenigen Briefe oder ausgefüllten Vordrucke, die von Klinikärzten (also z.B. nicht von niedergelassenen Fachärzten) direkt an den Allgemeinarzt gerichtet waren. Zur Untersuchung des Verhältnisses zwischen Allgemeinarzt und Klinikarzt waren weiterhin die Briefe belanglos, die ihrem Wesen nach reine Befunde, also eher Monologe, sind, wie Operationsberichte, Befunde von Pathologischen Instituten, Versicherungsgutachten, Kurberichte, Durchgangsarztberichte, Nachschauberichte, abschließende Berichte über den Tod eines Patienten. Sie interessieren zwar auch den Hausarzt, sind aber nicht ausschließlich für ihn verfaßt und enthalten somit auch keine Empfehlungen an diesen. Dadurch, daß hier allen Kollegen, die mit dem Patienten in irgendeiner Form zu tun haben, berichtet wird, also kein persönlicher Dialog zwischen zwei Ärzten stattfindet, kann ein solcher Brief auch nicht persönlich verletzen. Ebensowenig zogen wir Verlegungsberichte zu unseren Untersuchungen mit heran, weil diese primär nicht an den Hausarzt, sondern an die nächste Klinik gerichtet sind. Dagegen untersuchten wir außer den ausführlichen

Briefen aus einer Klinik auch die sogenannten "Vorläufigen Arztbriefe" - meist Vordrucke, auf denen Diagnosen, eingeschlagene Therapie sowie empfohlene Weiterbehandlung vermerkt sind - und kürzere Berichte (ebenfalls meist Vordrucke), die nach einer Nothilfeversorgung eines Patienten an den Hausarzt gesandt worden waren.

Wir fanden 1251 solche Arztbriefe, in denen über die ambulante oder die stationäre Untersuchung bzw. Behandlung eines Patienten berichtet wird. Aus diesen Berichten suchten wir die Stellen heraus, die aus der Sicht des Allgemeinarztes beanstandet werden könnten und übertrugen sie zusammen mit einem Vermerk über die Art des Berichts (ausführlicher Brief oder Vordruck) und der Behandlung (stationär oder ambulant) auf Karteikarten. Diese wurden dann nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet, ausgewertet und diskutiert. Im Anhang haben wir die einzelnen Stellen wiedergegeben.

IV. Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Die 1251 untersuchten Arztbriefe setzen sich folgendermaßen zusammen: Knapp die Hälfte, nämlich 603, stammten von der Ambulanz eines Krankenhauses; 648 waren stationäre Berichte (sh. Tab. 1).

Die Mehrzahl der durchgesehenen Berichte waren nicht zu beanstanden (995). Es wurde über Diagnosen und Befunde korrekt berichtet und über das weitere Vorgehen wurden dem Allgemeinarzt lediglich ein fachärztlicher Rat gegeben oder die Weiterbehandlung ganz ihm überlassen. In 256 Briefen (20,5 %) fanden wir jedoch Stellen, die ein Allgemeinarzt, der einen solchen Brief bekommt, durchaus beanstanden könnte. Es handelt sich hierbei meist entweder um Dokumentationen unkollegialen Verhaltens von seiten der Klinikärzte oder aber um eine zu ausführliche Darlegung von Trivialitäten im Sinne einer demonstrativen Unterschätzung der Fähigkeiten des Allgemeinarztes.

Die Berichte über eine stationäre Untersuchung bzw. Behandlung waren nur in 15 % der Fälle zu monieren, und zwar sowohl die ausführlichen Briefe als auch die gesamten ausgefüllten Vordrucke. Bei der weiteren Differenzierung dieser Vordrucke kamen die "Vorläufigen Arztbriefe" auf 13 % und der Rest auf 22 % Beanstandungen. Zu den "Vorläufigen Arztbriefen" zählten wir alle Vordrucke, die eben so bezeichnet waren oder einen Vermerk wie "ausführlicher Brief folgt" o.ä. trugen.

Tab. 1: Aufgliederung der untersuchten Arztbriefe

	Gesamtzahl	Beanstandungen Absolutzahl	Beanstandungen in Prozent
Gesamtzahl	1251	256	20,5
=====			
Berichte über <u>stationäre</u> Untersuchungen bzw. Be- handlungen	648	98	15,1
davon			
ausführliche Briefe	358	54	15,1
Vordrucke	290	44	15,2
davon			
vorläufige Arztbriefe	222	29	13,1
sonstige Vordrucke	68	15	22,1
=====			
Berichte über <u>ambulante</u> Untersuchungen bzw. Be- handlungen	603	158	26,2
davon			
ausführliche Briefe	155	42	27,1
Vordrucke	448	116	25,9
davon			
Vordrucke der Klinik A	205	51	24,9
Vordrucke der Klinik B	86	34	39,5
sonstige Vordrucke	157	31	19,8

Die Berichte über eine ambulante Untersuchung bzw. Behandlung wurden dagegen zu 26 % beanstandet, doch wiederum die ausführlichen Briefe mit 27 % etwa genauso häufig wie die gesamten Vordrucke mit 26 % Beanstandungen. Die weitere Aufgliederung dieser Vordrucke zeigte große Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken: Dem Durchschnitt am nächsten lagen mit 25 % die Vordrucke der Klinik A, während die der Klinik B mit fast 40 % deutlich darüber und die restlichen mit 20 % darunter lagen.

Was nun den Grund der Beanstandungen betrifft, so läßt sich folgendes sagen: Die Mehrzahl der von uns beanstandeten Arztbriefe bedingt nicht nur eine Kränkung des einen oder anderen verletzlichen Arztes, sondern beinhaltet vielmehr ganz klare Verstöße gegen die Berufsordnung, und zwar besonders gegen die in der Einleitung aufgeführten Paragraphen. So wird z.B. durch den § 16 der Facharzt in der Klinik ausdrücklich verpflichtet, sich erst der Zustimmung des bisher behandelnden Arztes (meist der Hausarzt) zu vergewissern, bevor er einen Patienten zur weiteren ambulanten Behandlung oder Überwachung wiedereinbestellt. Doch genau das wird nur in wenigen Fällen getan, der Hausarzt wird vielmehr einfach übergangen. Wir fanden diese Problematik der Wiedervorladungen in den beanstandeten Briefen in recht unterschiedlichem Zusammenhang, manchmal mehr, manchmal weniger berechtigt.

Die Beanstandungen in unseren 256 als nicht korrekt befundenen Briefen faßten wir daher unter folgenden Gesichtspunkten zusammen (sh. auch Tab. 2):

Tab. 2: Aufgliederung der beanstandeten Arztbriefe

	absolute Zahl	Relativ- prozent	Prozentsatz der 1251 insgesamt untersuchten Briefe
Gesamtzahl	256	100,0	20,5
davon			
Wiedereinbestellungen zur <u>weiteren Diagnostik</u>	25	10,2	2,0
Wiedereinbestellungen zu <u>stat.</u> fachärztl. Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen	16	6,3	1,3
Wiedereinbestellungen zu <u>amb.</u> fachärztl. Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen	31	11,7	2,5
Wiedervorladungen zu einer <u>amb. fachärztl. Kontrolle</u> des Befunds	48	18,8	3,8
Wiedervorladungen zu einer <u>amb. allgemeinärztlichen</u> <u>Kontrolle</u> des Befunds	50	19,5	4,0
Dem Patienten Wiedervorstel- lungen <u>empfohlen</u> , angeraten, ihn darum gebeten	13	4,3	1,0
Bei Vereinbarungen mit dem Patienten "Ihr <u>Einverständnis</u> <u>vorausgesetzt</u> "	14	5,5	1,1
Banalitäten	57	22,3	4,6
Sonstiges	8	3,1	0,6

Hinweis: Es treten auch Mehrfachnennungen auf, da ein Brief unter mehreren Gesichtspunkten beanstandet werden kann.

- Wiedereinbestellungen eines Patienten zur weiteren klinischen Diagnostik, weil eine einmalige ambulante Untersuchung nicht ausreichte oder der Patient sich zu kurz in stationärer Untersuchung befand, um eine genaue Diagnose zu stellen (10 % der Beanstandungen).
- Wiedereinbestellungen eines Patienten zu fachärztlichen Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen, die nur in der Klinik durchgeführt werden können, etwa zu Punktionen oder Operationen (6 % der Beanstandungen).
- Wiedereinbestellungen eines Patienten zu fachärztlichen Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden, die also auch der niedergelassene Facharzt durchführen könnte, wie z.B. Gastroskopie, Koloskopie oder Röntgenkontrollen (12 % der Beanstandungen).
- Wiedervorladungen eines Patienten zu einer ebenfalls ambulanten fachärztlichen Kontrolle des Allgemeinbefunds und des Heilungsverlaufs (19 % der Beanstandungen).
- Wiedervorladungen eines Patienten zu allgemeinärztlichen Kontrollen, die ambulant durchgeführt werden, doch eigentlich Sache des Hausarztes wären, z.B. zur Kontrolle bestimmter Laborwerte, zum Verbandwechsel oder zum Fädenziehen (knapp 20 % der Beanstandungen).

In all diesen Fällen wurden also mit dem vom Hausarzt überwiesenen Patienten Vereinbarungen über weitere Untersuchungs- bzw. Behandlungstermine getroffen, ohne daß sich der Hausarzt vorher damit einverstanden erklären konnte.

- In anderen Fällen wurde den Patienten von den Klinikärzten empfohlen, angeraten, oder sie wurden gebeten, sich wieder vorzustellen, ebenfalls ohne sich vorher mit dem Hausarzt besprochen zu haben (4 % der Beanstandungen).
- Manchmal waren sich jedoch die Kliniker durchaus bewußt, daß der Allgemeinarzt den weiteren Verlauf der Behandlung eines Patienten zumindest mitbestimmen sollte und entschuldigten ihr eigenmächtiges Handeln damit, daß sie bei ihren Vereinbarungen von vorne herein sein Einverständnis voraussetzten (5,5 % der Beanstandungen).

Nur bei etwa einem Viertel unserer beanstandeten Briefe galt unsere Kritik nicht den Wiedervorladungen.

- So fanden wir bei 22 % Empfehlungen oder Hinweise an den weiterbehandelnden Arzt, die so banal waren, daß sich ein Allgemeinarzt dadurch durchaus überheblich behandelt fühlen könnte. Hier demonstrierten einige Klinikärzte nämlich ganz deutlich, wie gering sie die fachlichen Qualitäten ihres Kollegen einschätzten.
- Einige Briefe, die wir kritisierten, konnten keinem der eben genannten Punkte eindeutig zugeordnet werden; wir führten sie unter "Sonstiges" auf (3 % der Beanstandungen).

Fassen wir also zusammen (sh. auch Tab. 2):

22 % der von uns beanstandeten Briefe oder Vordrucke enthielten Banalitäten irgendwelcher Art. Etwas weniger häufig waren Wiedervorladungen zur ambulanten Überwachung eines Patienten, die

Tab. 3: Weitere Aufgliederung der beanstandeten Arztbriefe

	Gesamt- zahl	Stationäre Berichte			Ambulante Berichte		
		ausführl. Briefe	vorläufige Arztbriefe	sonstige Vordrucke	ausführl. Briefe	Vordruck Klinik A	Vordruck Klinik B
Gesamtzahl	256	54	29	15	42	51	34
davon							31
Wiedereinbestellungen zur weiteren Diagnostik	25	4	1	--	11	1	--
Wiedereinbestellungen zu stat. fachärztlichen Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen	16	3	1	--	7	3	--
Wiedereinbestellungen zu amb. fachärztlichen Kontrollunter- suchungen oder Behandlungen	31	5	8	2	1	5	9
Wiedervorladungen zu einer amb. fachärztlichen Kontrolle des Befunds	48	11	6	5	11	--	2
Wiedervorladungen zu einer amb. allgemeinärztlichen Kontrolle des Befunds	50	9	7	5	1	12	11
Dem Patienten Wiedervorstel- lungen empfohlen, angeraten, ihn darum gebeten	13	8	--	--	4	--	--
Bei Vereinbarungen mit dem Patienten "Ihr Einverständnis vorausgesetzt"	14	9	--	2	2	1	--
Banalitäten	57	4	6	3	2	29	12
Sonstiges :	8	3	--	--	3	1	--

Hinweis: Fehler in den Vertikal-Summen sind auf Mehrfachnennungen zurückzuführen.

jedoch Sache des Allgemeinarztes wäre (knapp 20 %) oder aber von einem niedergelassenen Facharzt durchgeführt werden könnte (knapp 19 %). In weiteren 12 % unserer kritisierten Briefe wurden Patienten zu ambulanten Untersuchungen einbestellt, zu denen zwar eine spezielle Ausrüstung und Ausbildung erforderlich sind, die aber ebenso gut bei einem niedergelassenen Facharzt durchgeführt werden könnten. Zusammen ergeben diese Fälle 72 % aller beanstandeten und 15 % aller überhaupt untersuchten Arztbriefe.

Ebenfalls nicht ganz korrekt, wenn auch weniger gravierend, sind die Fälle, in denen ein Patient ohne vorausgehende Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt zu einer Untersuchung wiedereinbestellt wurde, wenn diese nur stationär möglich ist (6 % der Beanstandungen) oder wenn diese zu einer genauen Differentialdiagnose nötig ist (10 % der Beanstandungen).

In den restlichen 10 % der Fälle, die wir als am wenigsten gravierend ansahen, wurde entweder für bereits getroffene Vereinbarungen mit dem Patienten nachträglich das Einverständnis des Hausarztes vorausgesetzt (5,5 %), oder es wurde zwar der Patient gebeten, sich wieder vorzustellen, nicht aber der behandelnde Arzt, ihn wieder zu überweisen (ca. 4 %).

In Tab. 3 ist die Verteilung der verschiedenen Beanstandungen über die einzelnen untersuchten Briefftypen dargestellt. Es wird z.B. deutlich, daß die zuletzt erwähnten Stellen, in denen sich die Empfehlungen oder Bitten an den Patienten um weitere Vor-

stellungen finden oder für Wiedereinbestellungen das Einverständnis des Hausarztes vorausgesetzt wurde, fast ausschließlich in den ausführlichen Briefen zu finden sind, und zwar am häufigsten in denen über stationäre Behandlung (8/13 bzw. 9/14). Dagegen machen die Banalitäten bei den beanstandeten ausführlichen Arztbriefen nur eine sehr geringe Zahl aus (4/54 bzw. 2/42); am häufigsten sind diese in den Vordrucken zu finden, besonders in denen über ambulante Behandlung (29/51 bzw. 12/34). Ferner zeichnet sich ein Unterschied zwischen den gesondert untersuchten Vordrucken A und B ab: In Klinik B werden die Patienten öfter ambulant fachärztlich behandelt und überwacht als in Klinik A, die ihre Patienten dagegen häufiger stationär aufnimmt.

Von der Formulierung weiterer Ergebnisse haben wir im Hinblick auf die kleinen Fallzahlen Abstand genommen.

Im einzelnen handelt es sich bei den beanstandeten Briefen um die Stellen, die wir im Anhang wörtlich wiedergeben. Da durch die Unsitte vieler Kliniker, ihre Diagnosen und Behandlungsverfahren oft sehr individuell abzukürzen, das Lesen der entsprechenden Stellen manchmal erheblich erschwert war, haben wir im Original abgekürzte Wörter zum leichteren Nachlesen weitgehend ausgeschrieben. Dem Deutschen angepaßte Fachausdrücke haben wir in der z- und k-Form geschrieben. Geht aus dem Zitat nicht hervor, um welche Diagnose oder Behandlung es sich handelte, haben wir das davor bemerkt oder im Zitat in Klammern angegeben.

V. Diskussion der Ergebnisse

Bei unseren Untersuchungen der Beziehung zwischen Allgemein-
arzt und Klinikarzt beschränkten wir uns von Anfang an auf die
Beurteilung dieses Verhältnisses aus der Sicht des Allgemein-
arztes. Dadurch, daß wir nur die Briefe eines Allgemeinarztes
beachteten, handelt es sich bei dieser Untersuchung lediglich
um eine Stichprobe aus dem gesamten Briefverkehr zwischen Kli-
nik- und Allgemeinärzten. Da sich der betreffende Allgemeinarzt
in der beschriebenen Zeit aber weder durch die Größe oder Lage
seiner Praxis noch durch die Zahl seiner Patienten o.ä. vom
Durchschnitt seiner praktizierenden Kollegen unterschied, sind
unsere Ergebnisse bedingt auch auf andere Allgemeinpraxen über-
tragbar.

Der Arzt, dessen Ablage wir untersuchten, bekam in fünf Jahren
1251 Arztbriefe zugesandt; das entspricht ziemlich genau einem
Brief pro Werktag. Anhand dieser Häufigkeit läßt sich die Wich-
tigkeit eines korrekten und kollegialen Arztbriefs ermessen: Wenn
nämlich, wie diese Arbeit zeigt, jeder fünfte Arztbrief zu bean-
standen ist, also der Allgemeinarzt sich jede Woche wieder ver-
letzt oder übergangen fühlt, so bleibt das auf lange Sicht be-
stimmt nicht ohne Auswirkungen auf das zwischenärztliche Verhält-
nis. Das Interesse an der Zusammenarbeit mit den Kollegen wird
mit der Zeit abnehmen, was letztlich aber dem Patienten schadet.

Nach HADFIELD fühlt sich jeder fünfte Praktiker in England durch den Arztbrief verletzt und nach KRUSCHE fühlen sich 26 % der niedergelassenen Ärzte durch den Inhalt der Arztbriefe überheblich behandelt und 15 % beklagen die mangelhafte Zusammenarbeit unter den Ärzten. Diese Ergebnisse geben also einen Anhalt über das Ausmaß der Unzufriedenheit in der jeweils untersuchten Gruppe der Ärzteschaft.

In unserer Arbeit gingen wir nun erstmals der Frage nach, wie die Briefe beschaffen sind, die ein Allgemeinarzt im Laufe seiner Tätigkeit bekommt, und die dann immerhin bei einem Fünftel der Ärzte als Gesamteindruck das Gefühl hinterlassen, übergangen zu werden. Unser Ergebnis von 20 % Beanstandungen unter den Briefen an einen Allgemeinarzt zeigt zwar numerisch den gleichen Prozentsatz wie die Ergebnisse von HADFIELD und KRUSCHE, bezieht sich aber auf eine andere Menge und ist insofern erstmalig.

Bei der näheren prozentualen Aufschlüsselung dieser Beanstandungen ergaben sich nun zwar Unterschiede für stationäre und ambulante Berichte, nicht aber zwischen ausführlichen Briefen und Vordrucken (sh. Tab. 1). Das verwundert insofern, als die Vordrucke sehr häufig von Assistenzärzten ausgefüllt und sofort abgeschickt werden, während die ausführlichen Arztbriefe meist vom Chef der Abteilung gelesen und u.W. korrigiert werden, bevor sie die Klinik verlassen. Offensichtlich handelt es sich bei unseren Beanstandungen also nicht um Gedankenlosigkeiten noch unerfahrener Assistenten, sondern um die Widerspiegelung einer prinzipiellen Einstellung der Klinikärzte

den Allgemeinärzten gegenüber, die offensichtlich auch von den Klinikchefs geteilt wird.

Lediglich die Banalitäten kommen in den ausführlichen Briefen weniger häufig vor (sh. Tab. 3); hier wirkt sich die Kontrolle durch den Chefarzt positiv aus.

Die Vorläufigen Arztbriefe waren mit nur 13 % Beanstandungen die korrektesten. Dadurch nämlich, daß in ihnen nur stichworthaft und abschließend über Diagnose, bisherige Therapie berichtet wird und eine kurze Empfehlung zur Weiterbehandlung gegeben wird, entfallen hier überflüssige Banalitäten ebenso wie erneute Einbestellungen des Patienten.

Auffallend ist dagegen der Unterschied zwischen Berichten über stationäre (15 % Beanstandungen) und ambulante Untersuchung bzw. Behandlung (26 % Beanstandungen). Wir erklären das damit, daß von der Station aus, auf der ein Patient liegt, über dessen evtl. geplante ambulante Weiterbetreuung dem Hausarzt nur einmal im Entlassungsbericht (höchstens noch im Vorläufigen Arztbrief) berichtet wird, während man dann nach jeder ambulanten Untersuchung dem Hausarzt einen neuen Bericht mit evtl. weiteren vereinbarten Terminen zuschickt. Hinzu kommen die Patienten, die nur ambulant behandelt werden (z.B. bei Notversorgungen) und - obwohl ebenfalls nicht zulässig - wieder vorgeladen werden.

Außerdem sind bei den ambulanten Berichten die Banalitäten häufiger als bei den stationären (insgesamt 44 von 603 ambulanten und 13 von 648 stationären Berichten, sh. Tab. 1 und 3). Das

hängt zum Teil damit zusammen, daß in einer Ambulanz im allgemeinen Patienten mit leichteren Erkrankungen behandelt werden, und in diesen Fällen eine ausführliche Belehrung des Hausarztes über die Weiterbehandlung eigentlich nicht angebracht oder überflüssig ist. Am häufigsten waren diese Stellen bei den ambulanten Vordrucken: Auf sie kamen 42 von insgesamt 57 Banalitäten (sh. Tab. 3). In den ausführlichen Briefen werden sie wahrscheinlich vom Chefarzt gestrichen.

Wenden wir uns nun den einzelnen Beanstandungen zu (Reihenfolge wie in Tab. 2).

Die meisten beziehen sich, wie bereits erwähnt, auf Verstöße gegen die Berufsordnung, besonders gegen den § 16. Dieser schützt vor allem den niedergelassenen Allgemeinarzt davor, seine Patienten für immer oder für längere Zeit zu verlieren, wenn er sie einmal zur Abklärung eines unklaren Befundes oder zur Behandlung einer Krankheit einem Facharzt oder einer Klinik überweist. Dieser Paragraph schafft andererseits erst die Voraussetzung dafür, daß der Hausarzt auch in größerem Maße von der Möglichkeit der Durchuntersuchung oder kurzfristigen Weiterbehandlung durch Spezialisten Gebrauch macht. Da die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Allgemeinarztes eingeschränkt sind, weil er für bestimmte Fälle weder über das nötige Personal, noch über gewisse Apparaturen und die dazu nötige Spezialausbildung, noch über die Möglichkeit zur ständigen Überwachung eines Patienten verfügt, ist die rechtzeitige Überweisung an einen Facharzt oder

eine Klinik für den Patienten oft von großer Bedeutung.

Die Berufsordnung sieht nun vor, daß ein Patient z.B. nach der Entlassung aus stationärer Behandlung dem Arzt zurücküberwiesen werden soll, in dessen Behandlung er vorher stand (§ 16/3). Was aber, wenn der Patient entlassen wird, bevor die Klinik ihren Auftrag erfüllt hat, bevor also die genaue Diagnose feststeht oder der Patient ausreichend stationär behandelt wurde? Da Spezialuntersuchungen wie Angiographie, Phlebographie oder Myelographie ebenso wie Operationen in vielen Kliniken schon einige Zeit vorher angemeldet werden müssen, kann der Patient oft bis zu dem entsprechenden Termin vorübergehend entlassen werden oder - bei ambulanten Patienten - wird er zu einem bestimmten Termin erstmals stationär einbestellt.

Der Klinikarzt könnte natürlich an dieser Stelle den Hausarzt bitten, den Patienten wieder zu überweisen, doch wäre das angesichts des bereits vereinbarten Termins nur eine leere Floskel. Im allgemeinen besteht eben unter den Ärzten die Übereinkunft, daß ein Überwiesener Patient solange in der Klinik untersucht bzw. behandelt wird, wie dies für den niedergelassenen Arzt nicht möglich ist. Wird ein Patient - aus familiären oder sonstigen Gründen - zwischendurch entlassen, so werden gleich mit ihm die nächsten Termine vereinbart.

In den 1251 Arztbriefen, die wir untersuchten, fanden wir insgesamt 41 Stellen (etwas über 3 %), in denen - ohne das ausdrückliche Einverständnis des Hausarztes - ein Patient zur weiteren Diagnostik oder zur stationären Behandlung wieder einbestellt wurde (sh. Tab. 2). Ob-

wohl dieses Verfahren laut Berufsordnung nicht ganz einwandfrei ist, sind wir der Meinung, daß sich durch derartige Mitteilungen die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte wohl nicht unkollegial behandelt oder gar verletzt fühlen kann.

Anders ist dagegen die Lage bei 12 % unserer beanstandeten Briefe: Obwohl bei einem Patienten die Diagnose bereits feststeht und die Behandlung eingeleitet wurde, wird er dennoch nicht zurücküberwiesen, sondern noch zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen einbestellt, die zwar der Allgemeinarzt nicht ausführen kann, wohl aber ein niedergelassener Facharzt. Da nach dem Bundesmantelvertrag aber grundsätzlich erst alle Möglichkeiten, einen Patienten durch niedergelassene Ärzte behandeln zu lassen, ausgeschöpft sein sollten, bevor er in der Ambulanz einer Klinik untersucht und behandelt wird, ist das insofern nicht korrekt. Der Patient sollte vielmehr zur Weiterbehandlung zu seinem Hausarzt zurücküberwiesen werden, der dann weitere Kontrollen wie Gastroskopie oder Röntgenuntersuchungen bei einem niedergelassenen Kollegen veranlassen kann (sh. auch § 16/5 der Berufsordnung).

Zu berücksichtigen ist hierbei, daß jede Kontrolluntersuchung eines Vergleichs bedarf; man muß also auch den Befund vor der Kontrolle kennen, um eine Besserung oder Verschlechterung des Zustands zu diagnostizieren. Frühere, in der Klinik angefertigte Aufnahmen oder Befunde müssen also dem weiterüberwachenden Facharzt zur Verfügung stehen. Für die Klinik bedeutet das

wohl kaum einen organisatorischen Mehraufwand: Röntgenbilder können z.B. dem Patienten direkt mitgegeben werden, und von den in der Klinik erhobenen Befunden bekommt der Hausarzt sowieso eine Kopie zugeschickt, die dieser dann bei Bedarf an den Facharzt weiterleiten kann.

Fast ein Fünftel von unseren beanstandeten Briefen waren Fälle, in denen eine Klinik von ihr untersuchte oder behandelte Patienten meist routinemäßig weiterhin zur Überwachung einbestellt, ohne daß es sich aber bei diesen Kontrollen um personell oder apparativ aufwendige Untersuchungen handeln würde. Es geht hier nur darum, daß die Kliniker den Patienten noch einmal oder mehrmals sehen wollen, um sich ihres Behandlungserfolgs zu vergewissern und um den Patienten mit ruhigem Gewissen als beschwerdefrei und geheilt entlassen zu können. Das mag in einzelnen Fällen, wo der Patient etwa auf eigene Initiative vorzeitig die Klinik verläßt, durchaus angezeigt sein. Im allgemeinen wird ein Patient jedoch so lange auf der Station behalten, bis er die akute Phase seiner Krankheit überwunden hat und beim weiteren Heilungsverlauf keine Komplikationen auftreten. Entlassen wird der Patient erst entweder als vollständig gebessert oder wenn die vollständige Heilung oder weitere Besserung in absehbarer Zeit und mit großer Sicherheit erwartet wird. Und in diesem Fall kann die Klinik den Patienten doch an den behandelnden Arzt zurücküberweisen, etwa mit dem Hinweis, noch einige Kontrollen bei einem Facharzt zu veranlassen. Das gleiche gilt für ambulante Patienten: Es ist

nicht nötig, daß Patienten über Monate oder Jahre wegen einer Struma oder einem Diabetes ambulant immer wieder einbestellt werden; das ist unlauteres Verhalten gegenüber den niedergelassenen Kollegen, die diese Patienten eigentlich betreuen sollten.

Abgesehen davon ist es auch viel zu teuer, wenn, wie in einem ausführlichen Arztbrief über stationäre Behandlung zu lesen ist, mit einem Patienten etwa vereinbart wird, er solle sich im 3-Tage-Abstand zum Verbandwechsel (Hansaplast) in der Ambulanz vorstellen. In diesem Fall wurden u.a. Taxiqualifikationen über DM 380.-- innerhalb von 14 Tagen zu Lasten der Krankenkassen in Rechnung gestellt.

Mit fast 20 % unserer Beanstandungen waren von den Wiedereinbestellungen die Fälle am häufigsten, wo Patienten, die schon längst durch ihren Hausarzt weiterbetreut werden sollten, noch weiterhin von den Klinikärzten ambulant einbestellt werden. So fanden wir Wiedervorladungen nur zum Verbandwechsel, zum Fädenziehen, zur Gipsabnahme, zur Kontrolle des Blutzuckers, des Calciumwertes, der Blutfettwerte, etc.. Es scheint, als hätten einige Kliniker einen Allgemeinarzt zu diesen Verrichtungen bzw. Laborkontrollen nicht imstande. Ist es angesichts dieser demonstrativen Geringschätzung der Allgemeinärzte noch verwunderlich, wenn sich diese durch derartige Mitteilungen, wie wir sie in 4 % aller untersuchten Briefe fanden, gelegentlich gekränkt oder verletzt fühlen? Zum einen werden sie durch un-

lautere Handlungsweise aus ihrer Behandlungstätigkeit verdrängt (§ 15/1 der Berufsordnung), zum anderen spüren sie diese Überheblichkeit der Kliniker, die ihnen eine adäquate Weiterbehandlung des Patienten offensichtlich nicht zutrauen. Ganz besonders deutlich wird diese Einstellung der Klinikärzte in Fällen, in denen die guten Wundverhältnisse und das gute Befinden des Patienten eigens hervorgehoben werden und wo dann noch im gleichen Satz die nächste vereinbarte ambulante Kontrolle erwähnt wird.

Schwierig zu beurteilen ist dagegen ein weiteres Zehntel unserer beanstandeten Briefe. Hier handelt es sich um die Fälle, wo man im Brief nur erfuhr, daß dem Patienten etwa eine Kontrolluntersuchung empfohlen, angeraten oder er darum gebeten wurde oder aber direkt Vereinbarungen zu weiteren Terminen mit dem Patienten getroffen wurden, jedoch unter der Floskel "Ihr Einverständnis voraussetzend".

Im ersten Fall wird der Hausarzt also nicht, wie in den übrigen Fällen, einfach vor vollendete Tatsachen gestellt - ein genauer Termin scheint vielmehr noch nicht vereinbart worden zu sein. Jedoch ist die Absicht dieser Empfehlungen oder Bitten die gleiche: Der Patient soll nicht etwa zu seinem Hausarzt zurückkehren oder sich an einen niedergelassenen Facharzt wenden, sondern wieder in die Ambulanz kommen.

Bei der Bewertung dieser Stellen kommt es natürlich auf den einzelnen Fall an. Der Allgemeinarzt hat wohl für eine chirurgische Kontrolle eines Operationsergebnisses mehr Verständnis als für

die eher routinemäßige Kontrolle einer Wunde. Was aber nicht vor-
kommen sollte, sind Empfehlungen, die darauf hinauslaufen, den
Allgemeinarzt von der weiteren Behandlung des Patienten auszu-
schließen. Ist eine besondere fachärztliche Weiterbehandlung
erforderlich, so kann das ja dem Hausarzt im Entlassungsbericht
mitgeteilt werden, indem man ihn um die Weiterüberweisung bit-
tet. Wenn dagegen der Allgemeinarzt einen Brief erhält, in dem
er selbst überhaupt nicht angesprochen wird und darin z.B. er-
fährt: "Wir haben dem Patienten eine orthopädische Mitbehand-
lung anempfohlen", wird er sich zu Recht übergangen und über-
heblich behandelt fühlen.

Auch in den Fällen, in denen das Einverständnis des behandelnden
Arztes expressis verbis vorausgesetzt wurde, kommt es für
die Beurteilung natürlich darauf an, was schließlich verein-
bart wurde und unter welchen Umständen. Wenn man allerdings
in einem Brief liest: "Ihr Einverständnis voraussetzend möch-
ten wir Sie bitten, ..", liegt die Annahme nahe, daß es sich
bei diesen Worten lediglich um eine Floskel handelt, die rou-
tinemäßig und gedankenlos verwendet wird.

In etwa 22 % der beanstandeten und in fast 5 % der überhaupt
untersuchten Briefe oder Vordrucke fanden wir Empfehlungen der
Kliniker an den Allgemeinarzt, die aufgrund ihrer Banalität
besser weggelassen worden wären. Zumindest aber sollten sie in
anderer Form geschrieben werden: Weniger als schulmeisterliche
Belehrung des Allgemeinarztes über wohlbekannte Selbstverständ-

lichkeiten, als vielmehr in Form eines Tips unter Kollegen.

So lasen wir z.B. allein in den ambulanten Vordrucken 34 mal nach verschiedenen Wundversorgungen als Behandlungsvorschlag an den Hausarzt: "Verbandwechsel". Die Fälle, in denen dazu eine Zeitangabe gemacht wurde, wie z.B. "VW in 2 Tagen, VW am ..", haben wir dabei nicht mitgezählt. Ebenso banal sind unseres Erachtens Behandlungsvorschläge wie "Bettruhe bis Beschwerden verschwunden" bei einer Commotio oder "körperliche Schonung" nach einer Appendektomie oder Hernien-Operation. Würde hier, wenn unbedingt etwas auf dem Vordruck eingetragen werden muß, nicht eine Bemerkung wie z.B. "hausärztliche Betreuung" genügen? Tatsächlich findet man hin und wieder derartige Bemerkungen, aber sehr selten. Ebensogut könnte man natürlich ein Ø-Zeichen in die Rubrik "weiterer Behandlungsvorschlag" o.ä. schreiben oder sie ganz frei lassen. Jedenfalls wußte der Hausarzt auch dann, daß man ein geprelltes Gelenk am besten "einige Tage schont" oder einem Enteritis-Kranken Diät anrät!

In den ausführlichen Briefen kommen diese Banalitäten, wie schon erwähnt, zwar sehr viel seltener vor, doch auch hier wird dem Allgemeinarzt dann erklärt, daß er bei einem Hypertonus den Blutdruck kontrollieren soll oder bei einem Harnwegsinfekt den Urinbefund.

Was die Verteilung der verschiedenen Beanstandungen auf die einzelnen Briefftypen angeht, fallen zwei Dinge besonders auf: Erstens die Tatsache, daß Beanstandungen, die wir als am wenigsten gravierend bewerteten, fast ausschließlich in den ausführlichen Arztbrie-

fen vorkamen (12/13 bzw. 11/14). Hier wird also von den Ärzten mit längerer Erfahrung am ehesten der rechte Ton gefunden. Zum zweiten zeigt sich in der Häufigkeit unserer Beanstandungen zwischen zwei gesondert betrachteten Kliniken ein beträchtlicher Unterschied: Bei Klinik A 25 % Beanstandungen, bei Klinik B dagegen fast 40 %. Es liegt also bei weitem keine gleichmäßige prozentuale Verteilung unserer Beanstandungen über die untersuchten Berichte vor!

Bei Vordruck A handelt es sich um das Nothilfeversorgungsformular einer städtischen Klinik, beim Vordruck der Klinik B um das Formular für die ambulante Versorgung in einer staatlichen (Universitäts-) Klinik. Die Beanstandungen bei der Universitätsklinik bezogen sich hauptsächlich auf Banalitäten und Wiedereinbestellungen zu allgemeinärztlichen Kontrollen (sh. Tab.3) oder fachärztlichen Kontrolluntersuchungen bzw. Behandlungen. Die städtische Klinik bestellte ihre Patienten dagegen öfter stationär ein.

Aufgrund dieser Stichprobe könnte man vermuten, daß die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit den städtischen Kliniken oder Kreiskrankenhäusern besser sei als mit der Ambulanz einer Universitätsklinik. Ob dieses Ergebnis jedoch allgemeingültig ist, wäre eigens zu überprüfen.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Meinungsverschiedenheit zwischen den einzelnen Ärztegruppen bezieht sich nicht so sehr auf den Inhalts-, als vielmehr auf den Beziehungsaspekt ihrer

Kommunikation (15). Da vor allem bei den Banalitäten die sachliche Richtigkeit der Mitteilungen beiden Partnern bekannt und deshalb unbestritten ist, betrifft die Problematik fast ausschließlich die unterschiedliche Auffassung der einzelnen Ärzte über ihr Verhältnis zueinander.

Während der Allgemeinarzt die Mehrzahl seiner Fälle völlig eigenverantwortlich behandelt und anfangs unklare Fälle nach Untersuchung und Abklärung durch eine Klinik selbst weiterbehandeln will, herrscht bei den Klinikärzten vielfach die Meinung vor, Allgemeinmedizin sei nichts anderes als die Summe der verschiedenen Spezialfächer, weswegen ein Facharzt dem Allgemeinarzt auch in jedem Fall überlegen sei. Da überdies die Allgemeinärzte ihre Ausbildung nur von Klinikern erhalten haben, besteht selbst zwischen Allgemein-Fachärzten und Klinik-Fachärzten noch ein zu Unrecht "verewigtes Lehrer-Schüler-Verhältnis" (1), das es zu überwinden gilt.

Auch wenn sog. klinische Fälle nur einen sehr geringen Anteil unter den Patienten eines Allgemeinarztes ausmachen, könnte man diesem die Weiterbehandlung auch von klinischen Fällen - zumal nach gestellter Diagnose bzw. bereits eingeleiteter Therapie - auch ohne schulmeisterliche Belehrung über Banalitäten überlassen. Denn schließlich hat er sich in seiner Ausbildung - obwohl für den Großteil seiner Patienten nur bedingt verwertbar - zehn Jahre lang (6 Jahre Studium an Universitätskliniken und 4 Jahre klinische Weiterbildung) ausschließlich mit diesen klinischen Fällen beschäftigt!

Da sich die Patienten einer Klinik hauptsächlich durch Überweisungen durch den Hausarzt rekrutieren, da andererseits aber nur bei etwa 2 % der Patienten eines Allgemeinarztes eine Einweisung in eine Klinik nötig ist, wird am Allgemeinarzt von seiten der Kliniker vielfach lediglich seine Auslese- und Zubringerfunktion gesehen. Der Allgemeinarzt dient demnach lediglich dazu, den Nachschub eines vorselektierten Patientengutes zu garantieren, das dann - oft vollkommen losgelöst von der Fragestellung des Überweisenden Arztes - nicht nur vollständig durchuntersucht, diagnostiziert, therapiert und kontrolliert wird, sondern auch in die Forschung miteinbezogen und immer wieder einbestellt wird. Dieses Vorgehen der Klinikärzte, das die Wünsche bzw. die Rechte der einweisenden Kollegen auf die Weiterbehandlung ihrer Patienten in keiner Weise berücksichtigt, brüskiert natürlich die Hausärzte und belastet deren Verhältnis zu den Klinikern. Um dem vorzubeugen, sollten die Klinikärzte also von der Rücküberweisung an den Hausarzt öfter und vor allem eher Gebrauch machen.

VI. Zusammenfassung

Der Autor geht der Frage nach, wie es dazu kommt, daß eine große Zahl von Allgemeinärzten Kritik am Arztbrief übt und sich darin von ihren Kollegen in der Klinik verletzt oder überheblich behandelt fühlt. Dazu wurden 1251 Arztbriefe, die ein Münchner Allgemeinarzt in fünf Jahren von Klinikärzten zugeschickt bekam, ausgewertet. Die Berichte bezogen sich etwa zur Hälfte auf stationäre (648) und ambulante (603) Untersuchungen bzw. Behandlungen.

Insgesamt fanden sich in 256 Arztbriefen (ca. 20 %) Stellen, die ein Allgemeinarzt beanstanden könnte - bei den Berichten über stationäre Untersuchung bzw. Behandlung 15 %, bei den ambulanten dagegen 26 %. Der Grund der Beanstandungen waren meist Banalitäten im Arztbrief oder Verstöße gegen die Berufsordnung in der Weise, daß vom Allgemeinarzt an die Klinik überwiesene Patienten von den Klinikärzten unnötig lange ambulant wiedereingestellt wurden. Banalitäten fanden sich in fast 5 % aller untersuchten Arztbriefe, nicht korrekte Wiedereingestellungen in etwas über 10 %, ebenfalls nicht ganz korrekte, doch weniger gravierende Wiedereingestellungen in etwas über 5 %. Es zeigt sich weiter ein Unterschied in den Beanstandungen zwischen den ausführlichen Arztbriefen und den ausgefüllten Vordrucken sowie zwischen den Vordrucken zweier verschiedener Klinik-Ambulanzen.

VII. Anhang

Wiedergabe der in unseren 1251 untersuchten Arztbriefen be-
anstandeten Stellen (Aufgliederung und Reihenfolge wie in
Tab. 3).

Wiedereinbestellungen zur weiteren Diagnostik

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Patient drängte nach Hause. "Die im Röntgenbericht erwähnte Schädelbasisaufnahme werden wir alsbald veranlassen, anlässlich einer Wiedervorstellung bei uns in 10 Tagen".
- "Zur differentialdiagnostischen Abklärung eines Vestibularschwindels meldeten wir eine Schüller-Aufnahme und eine HWS-Aufnahme in 4 Ebenen an und bitten danach die Patientin beim HNO-Arzt vorzustellen".
- Außerdem wurde der Patient zur Klärung einer evtl. coronarchirurgischen Intervention zu einer Coronarangiographie in der .. für den .. angemeldet".
- "Zur psychiatrischen Untersuchung haben wir den Patienten in die Nervenklinik .. überwiesen".

Vorläufige Arztbriefe:

- "... Coronarangiographie". (in einem Monat)

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "... mit Herrn B. einen Termin zur stationären Aufnahme zur Arteriographie vereinbart".
- "Wir hatten Herrn S. geraten, daß wir ihn stationär aufnehmen, um eine Arteriographie durchzuführen. Herr S. steht einer solchen Untersuchung zunächst noch ablehnend gegenüber, so daß wir mit ihm vereinbart haben, daß er sich bei uns wieder meldet, falls er sich zu dieser Maßnahme entschließen sollte".
- "Wir haben mit Herrn K. für den .. einen Termin zur Durchführung einer Angiographie vereinbart. Evtl. Konsequenzen müssen vom Angiographiebefund abhängig gemacht werden".

- "... Termin zur stationären Aufnahme und zur Durchführung einer Angiographie vereinbart".
- "Zum Ausschluß einer tiefen Beinvenenthrombose haben wir mit dem Patienten die Durchführung einer Phlebographie vereinbart".
- Orbita-Prozeß. "Wir werden Frau K. deshalb in Kürze zur weiteren Abklärung stationär aufnehmen".
- "... wäre eine Myelographie unumgänglich. Die Problematik wurde mit dem Patienten besprochen. Ggf. würde er sich bei uns spontan melden".
- Ungeklärter Kopfschmerz, V.a. Orbita-Prozeß. "Wiedervorstellungen wurden vereinbart".
- HWS-Schleudertrauma. "Wir werden die Patientin nach Durchführung der Zusatzuntersuchungen (Röntgen des Schädels, der HWS, EEG, HNO-Arzt) nochmal sehen und dürfen Ihnen ggf. erneut berichten".
- "Wir werden uns aus dem Krankenhaus .. die entsprechenden Unterlagen kommen lassen und den Patienten dann nochmals einbestellen".
- Hypochondrische Beobachtungssituation. "Wir werden (versuchen, wenn der Patient, wie besprochen, nochmals bei uns anruft, ihn auf diese Probleme vorsichtig hinzuweisen und) ihn ggf. unseren Psychosomatikern vorstellen".

Vordruck der Klinik A:

- "... mit dem Patienten vereinbart, daß er, sobald sich wieder eine Flüssigkeitsansammlung bildet, erneut kommt und man dann die Frage der Operationsbedürftigkeit klären will".

Sonstige Vordrucke:

- "..., so daß wir zur Lokalisation dieser Perforansvene eine phlebographische Untersuchung des rechten Beines veranlaßt haben".
- "Therapievorslag: Phlebographie - anschließend stationäre Einbestellung am .. auf Station ..".
- "Zur weiteren Abklärung haben wir dem Patienten eine Leberbiopsie vorgeschlagen. Er will sich dazu in einigen Wochen selbst wieder vorstellen".
- Chronisch arterielle Hypertonie. "Anfang nächsten Jahres weitere stationäre Abklärung".
- "Weitere Untersuchungen zur Abklärung der Bilirubinerhöhung, insbesondere zum Ausschluß einer Hämolyse, sind veranlaßt".
- Neurodermitis diffusa. "Epikutantestung zum Ausschluß einer Kontaktallergie wurde veranlaßt".

- Alopecia areata. "Fokussuche eingeleitet".
- "Wir haben den Patienten in unsere psychosomatische Beratungsstelle überwiesen".

Wiedereinbestellungen zu stationären fachärztlichen Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Meningitis. "Da Herr H. stark nach Hause drängte, entließen wir ihn mit der Auflage, sich in 4 Wochen zu einer erneuten Kontrollpunktion bei uns einzufinden".
- "... aus familiären Gründen die Patientin entlassen und am .. zur Hysterektomie einbestellt".
- "Wir haben den Patienten vorübergehend mit Dauerkatheter entlassen und zur Prostatektomie angemeldet".

Vorläufige Arztbriefe:

- Chronisch lymphatische Leukämie. "Kontrolle in 14 Tagen hier stationär".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Wir haben mit dem Patienten vereinbart, daß er sich in 1 Jahr zu einer weiteren Kontrolluntersuchung (Phlebographie) wieder bei uns vorstellt".
- Strabismus. "Operative Behandlung ist angezeigt und wird demnächst durchgeführt werden".
- Varikose. "Die operative Behandlung ist angezeigt. Frau D. wurde für den .. zur stationären Aufnahme vorgemerkt".
- Varikose. "Bei dem Befund ist der Patientin zur operativen Behandlung zu raten; ein Termin soll noch vereinbart werden".
- Orbita-Verletzung. "Der Patient wird sich in der Augenklinik nochmals vorstellen zum Erhalt eines stationären Aufnahmetermins zur Durchführung der oben erwähnten Operation".
- "... kann man jetzt dem Patienten einen Operationstermin geben und die stationäre Aufnahme ist für den .. vereinbart worden".

- "... halten wir den operativen Verschluß des Ventrikelseptumdefekts für indiziert. Wir haben das Mädchen mit gleicher Post zur Operation angemeldet. Wir bitten Sie, die Eltern zu veranlassen, sich persönlich an .. wegen eines Operationstermines zu wenden".

Vordruck der Klinik A:

- V.a. Bauchwandhernie. "Wir schlugen der Patientin vor, sich stationär aufnehmen zu lassen zur Revision der Bauchwand und vereinbarten mit ihr dazu - Ihr Einverständnis vorausgesetzt - den ..".
- Bursitis. "Der Patient wird kommende Woche zur Op-Therapie stationär aufgenommen".
- Habituelle Schulterluxation. "... operative Behandlung vorgeschlagen. Weiterer Behandlungsvorschlag: Kommt nächste Woche zur stationären Aufnahme".

Sonstige Vordrucke:

- Varikose. "Wir haben der Patientin zur operativen Behandlung geraten und ein Termin soll mit ihr noch vereinbart werden".
- "Therapieversuch: Operation nach Babcock. Stationäre Einbestellung am .. auf Station ..".

Wiedereinbestellungen zu ambulanten fachärztlichen Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Mit der Patientin wurde vereinbart, in 4 Wochen eine gastroscopische Kontrolle des Ulcusbefundes durchzuführen".
- "Wir haben mit dem Patienten einen Gastroskopietermin ausgemacht".
- Pankreatitis. "Wir haben Herrn K. zur Durchführung einer ERCP erneut einbestellt".
- "Mit den Eltern der Patientin haben wir eine Röntgenkontrolle für den .. vereinbart, Ihr Einverständnis vorausgesetzt".
- Clavicula-Fraktur. "Mehrere Röntgenkontrollen zeigten eine unveränderte Stellung der Fraktur. Eine abschließende Röntgenkontrolle ist in 3 Wochen vorgesehen".

Vorläufige Arztbriefe:

- "... am .. eine Kontrollgastroskopie mit dem Patienten vereinbart".

- "... in einem halben Jahr Kontrolluntersuchung mit Koloskopie und Kontrasteinlauf vorgesehen".
- Z.n. Cholezystektomie. "Patientin wurde zur Kontrolluntersuchung (Kontrasteinlauf) in 4 Wochen wiedereinbestellt".
- "Cholelithiasis noch nicht ausgeschlossen. Wiederaufnahme der Patientin am .. zur Wiederholung des Oberbauchsonogramms".
- Strumektomie. "... Kontrolluntersuchung mit TRH-Test vereinbart".
- V.a. coronare Herzkrankheit. "Patient kommt am .. nochmals für 1 Tag zum Belastungs-EKG".
- US-Liegegips. "Röntgen und Gipsabnahme am ..".
- UA-Fraktur. "Therapievorschlag: Wiedervorladung am .. zur Röntgenkontrolle".

Sonstige Vordrucke:

- "Kontrolle: Virustiter am .. auf Station ..".
- "Die Fraktur ist nicht belastungsfähig. Röntgenkontrolle für den .. vereinbart, Ihr Einverständnis vorausgesetzt".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Coxarthrose. "Rheumatologische Untersuchung und Röntgenkontrolle in einem Jahr geplant. Die rheumatologische Untersuchung würden wir z.B. bei .. durchführen lassen, der viele Jahre die Rheumatiker-Ambulanz der ..klinik leitete".

Vordruck der Klinik A:

- Radiusfraktur, gespaltener OA-Gips. "Weiterer Behandlungsvorschlag: am .. Röntgenkontrolle, zirkulieren".
- Radiusfraktur. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Gipsabnahme und Röntgenkontrolle in 14 Tagen hier".
- Ski-Daumen. "Wiedervorstellung am .. zur Bildwandlerkontrolle und Bandnaht".
- Gespaltener UA-Gips. "Wiedervorstellung in 4 Tagen: zirkulärer Gips".
- Stichverletzung am Handgelenk. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Morgen früh Wiedervorstellung, evtl. Revision in Vollnarkose".

Vordruck der Klinik B:

- Kleinzehefraktur. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- Fingerfraktur. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- Radiusfraktur. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- Distale Radiusfraktur m. Abriß d. proc. styloid. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- V.a. Außenknöchel-Infraktion. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- Finger-Distorsion. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle".
- Tibiafraktur. "Empfohlene Weiterbehandlung: Wiedervorstellung ... evtl. neuer Gips und Röntgenkontrolle".
- Finger-Böhlerspaltgips. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle, zirkulieren".
- Radiusfraktur, OA-Gipslonguette. "Wiedereinbestellt für .. wegen Röntgenkontrolle, zirkulieren".

Sonstige Vordrucke:

- Z.n. Hämorrhoidal-Verödung. "Kontrolle in 4 Wochen, dann Rektoskopie".

Wiedervorladungen zu einer ambulanten fachärztlichen Kontrolle des Befundes

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Chronisch-lymphatische Leukämie. "Z.Z. wurde noch keine Therapie für notwendig gehalten. Eine weitere Kontrolle findet in der hämatologischen Ambulanz bei .. statt. Termine wurden mit dem Patienten vereinbart".
- "Sicherheitshalber wurde mit der ..klinik vereinbart, Herrn K. am .. in der Diabetes-Ambulanz vorzustellen. Anschließend wird er sich zu einer Kontrolle des Lungenbefundes routinemäßig bei uns einfinden".
- "Die weitere Versorgung der infizierten Schrittmachertasche wurde ambulant von der chirurgischen Abteilung übernommen".
- V.a. Herzinfarkt. "Wir haben dann den Patienten am .. entlassen und nochmal kurzfristig am .. (5 Tage später) untersucht".

- Wurzelkompression, Fensterung. "Wir sind mit der Patientin so verblieben, daß sie sich zunächst im 3-Tage-Abstand ambulant bei uns zur Nachkontrolle einfindet". (Verbandwechsel (Hansaplast))
- Medianus-Kompression. "Frau F. wird bis zur Entfernung des Nahtmaterials in unserer Abteilung ambulant weiterbetreut".
- Hämorrhoidalblutungen. "Eine ambulante Vorstellung in der Proktologie .. wurde mit der Patientin für 2 Wochen später vereinbart".
- Schenkelhalsfraktur, AO-Winkelplatte. "Mit unserer Abteilung für Nachbehandlung wurde eine weitere ambulante Betreuung der Patientin vereinbart".
- Uterus-Totalexstirpation, vord. u. hint. Plastik. "Wir haben mit der Patientin vereinbart, sich in 6 Wochen einer gynäkologischen Nachuntersuchung zu unterziehen".
- Kiefernöhlenradialoperation. "Ambulanten Nachschautermin mit dem Patienten vereinbart".
- "Der Patient wurde zur Entfernung des Katheters und zu einer Kontrolluntersuchung wieder einbestellt".

Vorläufige Arztbriefe:

- Akute Leukämie. "Wiedereinbestellung zur Kontrolle am .., bitte nüchtern".
- "Unsere Therapie, deren Weiterführung wir anraten, war zuletzt: Patient soll zur Nulldiät kommen".
- Offene Tibiakopffraktur. "Therapievorschlagn: Kontrolle am ..".
- Kreislagenverletzung. "Wiedervorladung in handchirurgische Sprechstunde am ..".
- Infizierung der Appendektomie-Narbe. "Die Patientin soll sich am .. wieder zum Verbandwechsel vorstellen".
- "Wiedervorladung in die Augenambulanz".

Sonstige Vordrucke:

- Zirrhose, Sprue. "Wir dürfen bitten, den Patienten wieder in die Paraproteinämie-Ambulanz zu überweisen".
- ".. und legten einen USLG an. Wir haben mit der Patientin einen Termin in etwa 3 Wochen zur Kontrolle vereinbart. Dann soll die Frage der Belastbarkeit entschieden werden".
- 3-Mandeloperation. "Postoperativ traten Nachblutungen auf, so daß wir M. am .. in ambulante Kontrolle entlassen konnten".

- Z.n. malignem Melanom. "Die Patientin bleibt bis zur vollständigen Wundheilung in unserer ambulanten Behandlung. Ein Wiedervorstellungstermin wurde für den .. vereinbart".
- Lidmagnet-Heber-Operation. "Der Patient wird weiterhin von uns ambulant betreut".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- V.a. akrale arterielle Durchblutungsstörung. ".. mit dem Patienten die Wiedervorstellung in 6 Wochen zu einer Kontrolluntersuchung vereinbart".
- Ulcus cruris. "Wir haben mit Herrn F. die Wiedervorstellung in 3 Wochen zu einer Kontrolluntersuchung vereinbart".
- Tuberkulose. "Herr H. wird sich in etwa 4 - 6 Wochen wieder hier einfinden".
- Schrittmacher. "Nächste ambulante Kontrolle am ..".
- Schrittmacher. "Nächste ambulante Kontrolle am ..".
- Chronische Myokarditis. "Eine Wiedervorstellung in unserer Ambulanz sehen wir nach Ablauf eines Jahres vor".
- Chronisch arterielle Hypertonie. "Wir berichten über Ihren Patienten .., der regelmäßig in unserer Hypertonie-Ambulanz kontrolliert wird".
- Z.n. Neurinomexstirpation in der Thoraxwand. "Eine Wiedervorstellung des Patienten in unserer thoraxchirurgischen Sprechstunde ist in 3 Monaten vorgesehen".
- Evtl. Varizen-Operation. "Wir wollen jedoch abwarten, bis die akuten entzündlichen Erscheinungen an den Beinen abgeklungen sind und haben mit der Patientin vereinbart, daß sie sich in 14 Tagen zu einer Kontrolluntersuchung wieder vorstellt".
- "Eine Kontrolluntersuchung in der chirurgischen Schilddrüsenambulanz ist in 1 Jahr indiziert".
- Sprunggelenk-Operation, Osteoporose, Arthritis. "Ein Termin zur ambulanten Kontrolluntersuchung wurde vereinbart".

Vordruck der Klinik B:

- Schenkelhalsfraktur. "Empfohlene Weiterbehandlung: Laufende Kontrollen (Röntgen und klinische Kontrollen). Wiedereinbestellt für .. wegen klinischer Kontrolle".

- Strecksehnennaht. "Empfohlene Weiterbehandlung: In unserer plastischen Abteilung".

Sonstige Vordrucke:

- Z.n. Saphena-By-pass. "... und haben eine erneute Kontrolluntersuchung in einem halben Jahr mit der Patientin vereinbart".
- Z.n. Saphena-By-pass. "Wir haben mit Herrn V. die Wiedervorstellung in einem Jahr vereinbart".
- Femoralis-By-pass. "Wir haben mit dem Patienten die Wiedervorstellung in einem Jahr zu einer Kontrolluntersuchung vereinbart".
- Perforansinsuffizienz, primäre Varikose. "Patient ist wieder einbestellt: ja".
- Schrittmacher. "Nächste Kontrolle: ..".
- V.a. coronare Herzerkrankung, Aortensklerose, Leberparenchymschaden. "Kontrolle in 4 Wochen".
- Z.n. Radiojodtherapie. "Zur nächsten Kontrolle erwarten wir die Patientin in ca. 1 Jahr".
- Strecksehnennaht. "Besten Dank für die freundliche Überweisung Ihrer Patientin .., die vom 5.3. bis 9.4. in unserer ambulanten Behandlung stand".
- US-Gips. "Noch keine Belastbarkeit, Wiedervorstellung am .. vereinbart".
- Neurodermitis diffusa. "Eine baldige Wiedervorstellung wurde vereinbart".
- Papilloma II. "Nächste Kontrolle in 4 Monaten".
- Papilloma II. "Nächste Kontrolle in 6 Monaten".
- Coronare Herzerkrankung. "Wiedervorstellung: .., Ende der Studie".

Wiedervorladungen zu einer ambulanten allgemeinärztlichen
Kontrolle des Befundes

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Kniewunde. "Wir entließen Herrn M. am .., bei reizloser Wunde und beschwerdefrei nach Hause und vereinbarten mit ihm eine ambulante Kontrolluntersuchung in 2 Tagen".

- Varizen-Operation. "Sie wird sich am .. zu einem ambulanten Verbandwechsel hier wieder vorstellen".
- Varizen-Operation. "Für den .. haben wir uns erlaubt, Frau S. ambulant zum Ziehen der Fäden einzubestellen".
- Phlebektomie. "Am .. haben wir den Termin zur Fädenentfernung festgelegt, der Heilverlauf war bis zur Entlassung unauffällig".
- US-Tumorentfernung. "Bei reizlos und fest geschlossener Wunde entließen wir den Patienten am .. in ambulante Weiterbehandlung. Der Patient stellt sich zur Entfernung der Fäden nochmals in unserer Sprechstunde vor".
- US-Querfraktur mit Fisteileiterung. "Es wird vorgesehen, in etwa 14 Tagen den Gips zu entfernen".
- Struma. "Ein ambulanter Nachschautermin wurde mit der Patientin vereinbart".
- "Es wurde mit der Patientin außerdem von unseren Internisten eine Kontrolle in etwa 1/4 Jahr mit Bestimmung des TRH-Testes vereinbart".
- "Wir haben die Patientin gebeten, sich in 7 - 10 Tagen zu einer ambulanten Kontrolle des Calciumwertes nochmal bei uns vorzustellen".

Vorläufige Arztbriefe:

- Handgelenksganglion entfernt. "Therapievorschlag: Kontrolle am ..".
- Bursaexstirpation. "Therapievorschlag: Wiedervorladung am ..".
- Sprunggelenk-Außenbandruptur, infizierter Hautdefekt, US-Gips. "Therapievorschlag: Wiedervorladung am .. zur Wundkontrolle".
- Fadengranulom entfernt. "Fäden ex ambulant ..".
- Phlebektomie. "Wiedervorladung am .. zum Fädenziehen".
- "Kontrolle des Blutzuckers in 2 Wochen vorgesehen".
- OA-Gips. "Ambulante Termine: .. und ..".

Sonstige Vordrucke:

- Ulcus. "Verlauf: Wesentliche Besserung. Kontrolle in 4 Wochen".
- Keloidexzision. "Wir haben die Patientin zu einer Kontrolluntersuchung in 6 Wochen noch einmal bestellt".
- Phlebektomie. "Komplikationsloser postoperativer Verlauf. Wir haben den Patienten für .. nochmals einbestellt, um die Fäden zu ziehen".
- OS-Gips. "Entlassung mit Gehstützen. Wiedervorladung in Nothilfe (Eltern mitgeteilt)".

- Anlegen eines Gehstollens. "Kontrolle in 3 Wochen bei uns vorgesehen".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Bronchitis, Psoriasis inversa. "Eine geringe Überbewertung dieser Beschwerden von seiten des Patienten ist nicht auszuschließen. Zur Sicherheit haben wir mit dem Patienten noch mehrere ambulante Kontrolltermine vereinbart".

Vordruck der Klinik A:

- UA-Gips. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorladung morgen, .. zur Gipskontrolle".
- Fingerfraktur. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorladung am ..".
- Radiusfraktur. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Gipsnachschau ..".
- US geprellt, arthrotische Veränderungen. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Weitere symptomatische Behandlung durch den Hausarzt, Wiedervorladung am ..".
- V.a. Rippenfraktur, Stichverletzung. "Wiedervorladung bei uns in 2 Tagen (Entfernung des Jodoformstreifens)".
- Handverbrennung. "Tetanusschutz wird erfragt, evtl. .. impfen, weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorgeladen ..".
- Finger-Hautablederung. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Nachschautermin für ..".
- Eingewachsener Zehennagel, Teillexzision. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorladung ..".
- Eingewachsener Zehennagel, Paronychie. "Wiedervorladung zum Verbandwechsel am ..".
- Atherom teilentfernt, Adaptationsnaht, Einlegen eines Gaze-streifens. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorladung zum Verbandwechsel am ..".
- Insektenstich. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Morgen, .. Wiedervorstellung hier in der Nothilfe".
- Insektenstich. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Wiedervorladung am ..".

Vordruck der Klinik B:

- Ellenbogen-Kontusion. "Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- Ellenbogen-Kontusion, Hämatom der Bursa olecrani. "Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- USLG. "Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- OA-Gips. "Empfohlene Weiterbehandlung: Im Hause. Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- US-Schnittwunde. "Empfohlene Weiterbehandlung: Im Hause. Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- Schwere Distorsion Sprunggelenk, USLG. "Wiedereinbestellt".
- Nagelentfernung. "Wiedereinbestellt für .. wegen Kontrolle".
- Finger-Quetschwunde. "Wiedereinbestellt für .. wegen Verbandwechsel".
- Fingerendglied-Abtrennung. "Wiedereinbestellt für .. wegen Verbandwechsel".
- Kratzwunde OS, beginnende Infektion. "Wiedereinbestellt für .. wegen Verbandwechsel, Kontrolle".
- Platzwunde über der Augenbraue. "Wiedereinbestellt für .. wegen Fäden ex".

Sonstige Vordrucke:

- Cervicalsyndrom. "Weiterhin arbeitsunfähig, Nachschau am ..".
- V.a. Lumbago. "AU, Nachschau erforderlich am .., falls dann noch au".
- "Wir haben die Patientin zu einer Kontrolle der Blutfettwerte für den .. einbestellt".
- Sehnennaht. "Gips wird heute abgenommen. Wiedervorstellung am .. vereinbart".
- UA-Finger-Gips. "Wiedervorladung am ..".

Dem Patienten Wiedervorstellungen empfohlen, angeraten, ihn darum gebeten

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Wir haben die Patientin gebeten, sich in einem halben Jahr zu einer gastrooskopischen Kontrolluntersuchung erneut bei uns vorzustellen".

- Akute Leukämie. "Wir haben dem Patienten geraten, sich nach 14 Tagen wieder einer hämatologischen Kontrolluntersuchung zu unterziehen".
- Ventrikelseptumdefekt. "... und baten die Eltern, sie nach Ablauf von ca. 8 - 12 Wochen ambulant in der kardiologischen Abteilung zur Kontrolle des Operationsergebnisses vorzustellen".
- Uterusexstirpation mit Entfernung beider Adnexe. "Eine Kontrolluntersuchung in etwa 6 Wochen wurde der Patientin angeraten".
- Papilloma II. "Wir empfahlen der Patientin eine Kontrolluntersuchung in 3 Wochen".
- Soorkolpitis, 18. SSW. "Wir haben der Patientin Canesten verordnet und eine Kontrolle am .. empfohlen".
- Cholezystitis. "... zunächst von der Cholezystektomie Abstand genommen. Wir haben Herrn H. deswegen gebeten, sich nach Ablauf eines Monats erneut bei uns einzufinden, um einen Termin für die Operation zu vereinbaren".
- "Wir empfahlen der Patientin, die physikalischen Maßnahmen (Stangerbäder und Jontophorese) in einem krankengymnastischen Institut ambulant fortführen zu lassen".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Koordinationsstörung, 3 Monate alt. "Auch am .. konnten wir keinen obligaten behandlungsbedürftigen Befund erheben und haben eine Kontrolluntersuchung in 6 Wochen vorgeschlagen".
- Koordinationsstörung. "Da eine Befundbesserung feststellbar war, zunächst keine spez. Therapie begonnen, sondern eine Wiedervorstellung für den .. vorgeschlagen. Wir werden Sie weiter unterrichten".
- "Wir haben Frau J. empfohlen, sich an einen niedergelassenen Psychotherapeuten zu wenden".
- "Wir haben dem Patienten eine orthopädische Mitbehandlung empfohlen".

Sonstige Vordrucke:

- "Der Patientin wurde empfohlen, sich in der kardiologischen Ambulanz der .. vorzustellen".

Bei Vereinbarungen mit dem Patienten "Ihr Einverständnis vorausgesetzt"

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- Tumor. "IEv ist eine einmalige Kontrolluntersuchung in 8 Wochen in unserer Ambulanz vorgesehen".
- Tumor. "IEv ist eine einmalige Kontrolluntersuchung in 4 Wochen in unserer Ambulanz vorgesehen".
- Chronische Analfissur. "... die Patientin, die - Ihr freundliches Einverständnis vorausgesetzt - von uns ambulant weiterbehandelt wird".
- "Wir vereinbarten mit Herrn V., IEv, daß er sich in ca. einem Vierteljahr wieder in unserer gefäßchirurgischen Ambulanz vorstellt".
- Suprakondyläre Humerus-Fraktur, AO-Gips. "Die Röntgenkontrolle zeigte unverändert gute Stellung bei einwandfrei liegenden Spickdrähten. Es wurde wieder, IEv, ein erneuter Kontrolltermin für den .. vereinbart".
- Uterus-Totalexstirpation. "IEv haben wir mit der Patientin eine Kontrolluntersuchungen in 6 Wochen vereinbart".
- Tibia-Fraktur. "Mit der Patientin wurde, IEv, eine Kontrolluntersuchung in 7 Tagen vereinbart".
- V.a. Pseudotuberkulose des Zäkums. "IEv haben wir eine ambulante Kontrolluntersuchung in 14 Tagen vereinbart".
- "Mit den Eltern der Patientin haben wir eine Röntgenkontrolle für den .. vereinbart, IEv".

Sonstige Vordrucke:

- Knöchelfraktur. "IEv führen wir die weiteren ambulanten Kontrollen durch".
- "Die Fraktur ist nicht belastungsfähig. Röntgenkontrolle für den .. vereinbart, IEv".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "..., IEv, für den .. eine Feinnadelbiopsie vereinbart".

- "Ihr wertees Einverständnis voraussetzend, haben wir daher Frau G. zu einer erneuten ambulanten Kontrolluntersuchung am .. einbestellt und bitten um Ihre Überweisung".

Vordruck der Klinik A:

- "Wir schlugen der Patientin vor, sich stationär aufnehmen zu lassen zur Revision der Bauchwand und vereinbarten mit ihr dazu - IEv - den ..".

Banalitäten

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Diagnose: Hypertonus. .. Der RR lag bei uns zw. 150/80 und 170/90. .. Wir bitten Sie, den RR weiterhin zu kontrollieren und ggf. eine Hockdruckbehandlung einzuleiten".
- "Urinkultur: Enterokokken mit einer Keimzahl von mehr als 100 000/ml, .. Vorschläge zur Nachbehandlung: Wir bitten um Kontrolle des Urinbefundes".
- "U-Status: 1-3 Leuco, 3-10 Ery, vereinzelt Platten. Bei Kontrolle keine Erythrozyturie. .. Eine Kontrolle des U-Status ist indiziert".
- "Eine Überweisung zu einem niedergelassenen Orthopäden wegen der Läsion des re. Kniegelenk-Innenbandes ist erforderlich".

Vorläufige Arztbriefe:

- Appendektomie. "Therapievorschlag: Körperliche Schonung".
- Kniewunde mit Abszeßbildung. "Therapievorschlag: Körperliche Schonung empfohlen".
- Appendektomie. "Therapievorschlag: Körperliche Schonung für die nächsten 4 - 6 Wochen".
- Commotio, Kopfplatzwunde. "Therapievorschlag: Die nächsten 10 Tage Schonung, Anstrengung und direkte Sonneneinstrahlung vermeiden".
- Hernie-Hemiotomie. "Therapievorschlag: 4 Wochen keine körperliche Anstrengung".
- Varikose. "Therapievorschlag: Einreibung mit einer Venensalbe (z.B. Venostasin, Venuroton)".

Sonstige Vordrucke:

- "Der RR lag mit 180/100 oberhalb der Norm. .. Regelmäßige Blutdruck-Kontrollen sind angezeigt".
- Z.n. Nabelhernie-Operation. "Vorschlag für weitere Behandlung: Körperliche Schonung, insbesondere kein schweres Heben für 2 - 3 Wochen".
- Z.n. Phlebektomie. "Vorschlag für weitere Behandlung: .. Bein wickeln, ..".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Wegen des Hochdrucks von 190/110 Blutdruck-Kontrollen und ggf. antihypertensive Therapie".
- "Diagnose: Mitralinsuffizienz Grad II-III, Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie. .. Therapievorschlagn: .., körperliche Schonung".

Vordruck der Klinik A:

- Commotio. "Behandlungsvorschlag: Bettruhe, bis Beschwerden verschwunden".
- Prellung des Handgelenks. "Behandlungsvorschlag: Einige Tage schonen".
- Prellung des Ellenbogens. "Behandlungsvorschlag: Schonung des Ellenbogens".
- Distorsion, USG. "Behandlungsvorschlag: Ruhigstellung zu Hause".
- Wespenstich in Oberarm. "Behandlungsvorschlag: Kühlende Verbände, Schonung".
- Distorsion und Prellung des Fußes. "Behandlungsvorschlag: Kühle Umschläge".
- "Diagnose: Enteritis. .. Behandlungsvorschlag: Diät".
- 22mal bei Platzwunde o.Ä. "Behandlungsvorschlag: Verbandwechsel".

Vordruck der Klinik B:

- 12 mal bei Platzwunde o.Ä. "Empfohlen: Verbandwechsel".

Sonstige Vordrucke:

- "BSG 20/40, .. Kontrollen der BSG u. .. erforderlich".

Sonstiges

BERICHTE ÜBER STATIONÄRE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Zur psychiatrischen Untersuchung haben wir den Patienten in die Nervenklinik überwiesen. Dort wird er in Zukunft in der Alkoholikerambulanz von .. betreut werden".
- ".. die Situation erforderte die Legung eines suprapubischen Dauerkatheters, mit dem wir den Patienten in die urologische Ambulanz .. schickten. .. Nach Nachricht von diesem Krankenhaus wurde der Patient von dort in ambulante Behandlung eines niedergelassenen Urologen entlassen".
- "Wir haben den Patienten auf eigenen Wunsch am .. aus unserer stationären Behandlung entlassen. Die weitere Behandlung wird auf einer urologischen Abteilung in München durchgeführt".

BERICHTE ÜBER AMBULANTE UNTERSUCHUNG BZW. BEHANDLUNG

Ausführliche Briefe:

- "Wir haben mit den Eltern verabredet, daß wir beide Kinder in unsere Klinik zur Behandlung nehmen. Wir geben Ihnen dann in einiger Zeit wieder Bericht über den weiteren Verlauf".
- Oberbauchbeschwerden. "Wir haben der Patientin jetzt eine Gruppentherapie angeboten, die (in 2 Monaten) beginnen wird. Bis dahin werden wir mit der Patientin direkt in Verbindung bleiben".
- Schulprobleme, 3. Klasse. (März) "Vor Ablauf des Frühjahrs werden mit Frau N. deshalb weitere Gespräche stattfinden".

Vordruck der Klinik A:

- Schultermuskel-Verspannung. "Weiterer Behandlungsvorschlag: Fachärztlich orthopädisch, ..".

Sonstige Vordrucke:

- "Bitte verordnen: Venosan-Kapseln, weiterhin au, Nachschau am ..".

Zum Schluß meiner Arbeit möchte ich Herrn
PD Dr. Pillau für die Überlassung des Themas
und Übernahme des Referats herzlich danken.
Besonderer Dank gebührt ihm auch für die
bereitwillige Unterstützung und sorgfältige
Korrektur der Arbeit.

VIII. Literaturverzeichnis

1. Balint M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1975
2. Begemann H.: Patient und Krankenhaus. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1970
3. Brandt H.: Über die Krankenhauseinweisungen aus einer Allgemeinpraxis. MÜ.med.Wschr. 107 (1965), 279-285
4. Braun R.N.: Lehrbuch der Ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1970
5. Braun R.N., Brandt H., Martin G.J., Reichenfeld H.F., Wegenast B.u.P.: Über die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpraktiker und Facharzt unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik. Med. Klinik 59 (1964), 109-113
6. Habeck D., Engel H.J., Münstermann W.: Patientenmeinungen zur Ärztlichen Information. Unveröffentlicht
7. Habeck D., Schulte-Wörmann U.: Was erwarten Ärzte vom Arztbrief? Dtsch.med. Wschr. 101 (1976), 1398-1401
8. Hartmann F.: Die Ärztliche Zusammenarbeit heute und morgen. In: Kommunikation in der Medizin. Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis. Zusammengestellt von P. LÜth. Interdisciplina, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1975
9. Krecke A.: Vom Arzt und seinen Kranken. J.F. Lehmanns Verlag, München 1955
10. Krusche G.: Der Arztbrief. Probleme zwischenmenschlicher Kommunikation am Beispiel des internistischen Arztbriefes. Inauguraldissertation, München 1976. In (2).
11. LÜth P.: Niederlassung und Praxis. Eine kritische Einführung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969

12. Luth P.: Kritische Medizin. Zur Theorie-Praxis-
Problematik der Medizin und der Gesund-
heitssysteme. rowolts deutsche enzy-
klopädie, Hamburg 1972

13. Neumann-Mangoldt P.: Der Arztbrief. Eine Fibel zum prakti-
schen Gebrauch. Urban & Schwarzenberg,
München-Berlin-Wien 1970

14. Spann W.: Ärztliche Rechts- und Standeskunde.
J.F. Lehmanns Verlag, München 1962

15. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.:
Menschliche Kommunikation. Formen,
Störungen, Paradoxien. Verlag Hans
Huber, Bern und Stuttgart 1969

16. KV-intern. Informationen für den Münch-
ner Kassenarzt. Herausgeber: Dr. H.
Hege. Kassenärztliche Vereinigung Bez.-
Stelle München Stadt und Land. Nr. 17,
Sept. 1978

17. Berufsordnung für die deutschen Ärzte.
Fassung vom Mai 1976

Lebenslauf

Name: Josef Maximilian Schmidt
 Geburtstag: 17. Januar 1954
 Geburtsort: München
 Bekenntnis: röm. kath.
 Wohnung: Führichstr. 22, 8000 München 80
 Eltern: Josef Schmidt, Kontrolltechniker
 Luise Schmidt, geb. Greger, Sekretärin
 Schulen: 1960 - 1964 Volksschule an der Führich-
 straße, München 80
 1964 - 1973 Maria-Theresia-Gymnasium
 (mathematisch-naturwissenschaftlich),
 Regerplatz, München 80
 Abitur im Juni 1973
 Studium: Beginn des Medizinstudiums im Winter-
 semester 1973/74 an der Ludwig-Maximilians-
 Universität in München
 Ärztliche Vorprüfung im August 1975
 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 im August 1976
 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 im März 1979
 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
 Schriftlicher Teil im April 1980
 Mündlicher Teil im Mai 1980

